

改良式耳石复位法治疗良性阵发性位置性眩晕疗效观察

兰俊

【摘要】 分别采用三种不同改良式耳石复位法治疗良性阵发性位置性眩晕患者,治愈率达 89.58% (43/48),有效率 100%,随访 1 年复发率 6.25% (3/48)。改良式耳石复位法治疗良性阵发性位置性眩晕无明显禁忌证,操作方法简单,无特殊不良反应,具有缓解症状迅速、治疗费用低、复发率低等优点,适宜临床推广应用。

【关键词】 耳石膜; 眩晕

DOI: 10.3969/j.issn.1672-6731.2012.01.016

Observation of curative effect of modified canalith reposition on 48 cases with benign paroxysmal positional vertigo

LAN Jun

Department of Neurology, Yunxian Traditional Chinese Medicine Hospital, Shiyan 442500, Hubei, China
(Email: lanjun0501@sina.com)

【Abstract】 Objective To investigate the therapeutic efficacy of the canalith repositioning maneuver in benign paroxysmal positional vertigo (BPPV). **Methods** The modified Epley procedure, Semont maneuver and Barbecue maneuver were applied in 48 cases of BPPV. Followed for one year, the curative effects were observed. **Results** After treatment in modified canalith reposition, the recovery rate was 89.58%, and effective rate was 100%. Followed for one year, the recurrence rate was 6.25%. **Conclusion** Modified canalith reposition for BPPV has no contraindications, and no special adverse reactions. It is simple and can fastly relieve symptoms. The cost and recurrence rate are low. It is suitable for clinical application.

【Key words】 Otolithic membrane; Vertigo

良性阵发性位置性眩晕(BPPV)在眩晕病中极为常见,多见于中老年人,约占眩晕患者的 24%^[1],是与头部或身体姿势变动相关的短暂性眩晕发作。长期以来,由于对该病的认识不足,部分患者常被误诊为颈源性眩晕、后循环缺血或脑梗死,或虽被诊断为周围性眩晕而予以传统的扩张血管、脱水、抗晕动及中药活血通络,以及颈椎推拿按摩、牵引、针灸等项治疗措施,但均收效甚微。笔者于 2008 年 2 月-2010 年 2 月采用改良 Epley 耳石复位法(MEP)、改良 Semont 管石解脱法(MSM)以及改良 Barbecue 翻滚法(modified Barbecue maneuver)治疗 48 例良性阵发性位置性眩晕患者,取得较为显著的

治疗效果,结果报告如下。

临床资料

一、一般资料

48 例患者均为湖北省郧县中医医院神经内科住院及门诊病例,男 13 例,女 35 例;年龄 38~83 岁,平均(52.62±2.43)岁;病程 1 d~3 年,平均(28.68±5.62) d。既往有颅脑创伤史(1 例),或患有腰椎压缩性骨折(1 例)、高血压(12 例)、脑梗死(1 例)、2 型糖尿病(2 例)和颈椎病(9 例);单侧病变 42 例,双侧病变 6 例;其中 38 例经倍他司汀等扩血管药物治疗效果欠佳。所有患者均主诉头位改变(卧位转坐位或坐位转平卧,或平卧翻身)时出现短暂性眩晕,约持续 30 s 后可自行缓解(最长可达 ≤ 1 min)。2 例体位改变后眩晕症状持续达 2 min,大多数患者伴有

作者单位:442500 湖北省十堰市郧县中医医院神经内科,
Email:lanjun0501@sina.com

恶心、呕吐、心悸、出汗、不敢睁眼等症状。Dix-Hallpike 试验或仰卧侧头位试验阳性,初步诊断为后半规管 BPPV(PC-BPPV)者 43 例、水平半规管 BPPV(HC-BPPV)者 5 例。

二、治疗方法

1. 诊断标准^[2] (1)PC-BPPV:由于体位(坐起或卧倒)改变诱发的短暂性眩晕发作史;潜伏期约为 3~10 s,持续时间 < 1 min,眼震呈垂直旋转性(旋转向下或向上),有疲劳症状;Dix-Hallpike 试验阳性。(2)HC-BPPV:具有短暂性眩晕发作史,可伴恶心甚至呕吐;常为睡觉翻身或转头时所诱发,潜伏期 1~5 s;眼震呈水平性(向下或向上),约持续 45 s;无疲劳性;Dix-Hallpike 试验阴性,但仰卧侧头位试验阳性。试验过程中头转向左侧出现眩晕及眼震者为左侧病变,转向右侧出现眩晕及眼震者为右侧病变。

2. 操作方法^[3-4] (1)PC-BPPV:此类患者常规采用改良式 Epley 耳石复位法;对于首次使用改良式 Epley 耳石复位治疗效果欠佳者,重复复位时应先行改良式 Semont 管石解脱法而后再行改良式 Epley 耳石复位法。应用改良式 Epley 耳石复位法的患者呈坐位,头部向患侧旋转 45°迅速至仰卧位,头向后悬垂于床外,使患耳垂直于地面,观察其眼震;待眼震消失后保持该头位 2~3 min 且颈部于伸展位,然后于 1 min 内头向对侧缓慢旋转 90°;1~2 min 后,将头及身体向对侧转动,直至身体呈侧卧位、头俯视位;1~2 min 后缓慢坐起,头部保持低头 30°。行改良式 Semont 管石解脱法的患者端坐于检查床上,检查者站于其背后紧扶其头,头向健侧旋转 45°使其快速卧向患侧,头低垂、面向上(向健侧),观察患者眼震;待眼震消失后保持该头位 2~3 min,然后扶患者快速坐起并立即转向对侧卧倒,维持头部向下旋转 45°,观察其眼震;5 min 后改为仰卧位并缓慢坐直,使管石进入椭圆囊内。操作完成后眼震若仍存在,可即刻再做一次。(2)HC-BPPV:采用改良式 Barbecue 翻滚法进行治疗。患者坐于治疗床上,在治疗者帮助下迅速平卧、头向健侧扭转 90°;身体向健侧翻转使面部朝下;继续朝健侧方向翻转使其侧卧于患侧;继续按上述方法向健侧翻转。上述 4 个步骤为 1 个治疗循环,共向健侧方向翻转 720°,每一体位待眼震消失后再维持 1~2 min。(3)注意事项:许多患者由于反复发作眩晕易产生恐慌和焦虑情绪,在行耳石复位法之前及治疗过程中应耐心向患

者做好心理解释工作,说明该病可治愈且预后良好,以消除患者心理负担。治疗中应避免采取诱发眩晕的体位,并给予相应的抗晕动药物,治疗结束后,尽量避免患侧卧位以免再度诱发眩晕。

3. 疗效评价^[2] 根据中华医学会耳鼻咽喉科学分会(2007年)制定的疗效评价标准,分别于治疗后 1 周(短期)和 3 个月(长期)时进行疗效评价:痊愈,眩晕或位置性眼震完全消失;有效,眩晕或位置性眼震减轻,但未消失;无效,眩晕或位置性眼震无变化,加剧或转为其他类型的良性阵发性位置性眩晕。治愈率 = 痊愈(例) / 总例数 × 100%,有效率 = (痊愈 + 有效) / 总例数 × 100%;复发率 = 复发(例) / 总例数 × 100%。

结 果

本组 48 例患者经首次改良式 Epley 耳石复位法治疗痊愈者 34 例,占 70.83%;此后采用改良式 Semont 管石解脱法和改良式 Epley 耳石复位法(MSM + MEP)联合治疗经第 2 次治疗痊愈者 9 例,占 18.75%;≥ 3 次治疗症状改善者 5 例,占 10.42%;无效 0 例。其中 3 例患者痊愈后 3~14 个月复发,重新接受上述治疗措施仍然有效。本组患者治愈率为 89.58%(43/48),有效率 100%;随访 1 年复发率为 6.25%(3/48)。

讨 论

对于良性阵发性位置性眩晕的发病机制目前有两种假说^[5]:其一为壶腹嵴顶结石学说,认为变性的耳石颗粒从椭圆囊中脱落后附着于半规管壶腹嵴顶,由于重力的作用,当头位变化时,出现壶腹嵴顶的耳石变位而产生眩晕和眼震;另一种是半规管耳石学说,当头部处于诱发体位时,耳石颗粒沿壶腹嵴相反的方向移动,致使内淋巴发生移动,使壶腹神经异常兴奋而出现眩晕和眼震。Epley 根据上述理论提出采用耳石复位法进行治疗,即循一定的顺序改变头位使耳石从相应的半规管回到椭圆囊内,以达到治愈的目的。

以往的传统治疗方法大多选择抗眩晕或扩血管药物如倍他司汀等,降低前庭神经兴奋性,从而减轻患者眩晕,缓解恶心、呕吐等自主神经症状。但恢复较慢,症状控制欠佳且极易复发,医疗费用较高。采用耳石复位法,即按照一定顺序改变头

位,使漂浮于半规管中的耳石颗粒依重力方向逐步移向半规管总脚,最终回到椭圆囊内,减少对前庭神经的刺激,从而减轻或完全解除症状。近年来,国内许多医疗单位对上述治疗方法的疗效进行了大量临床观察,结果显示其效果明显优于单纯药物治疗方法^[6-7]。笔者在临床观察过程中发现,复位操作过程中引出眼震者效果较好。复位结束以后应嘱患者避免采取诱发眩晕的体位,并给予相应的抗晕动药物。

据文献报道,良性阵发性位置性眩晕症的复发率在治疗后 26 个月时为 26.80%、40 个月时为 50.00%^[8]。目前认为,病情复发与其相关病因及随访时间长短有关,亦可能与部分耳石未能充分回归椭圆囊内有关。我们采用改良式 Epley 耳石复位法、改良式 Semont 管石解脱法及改良式 Barbecue 翻滚法进行治疗时,若体位转动每一动作所用的时间长、每次操作次数多,则能够使耳石颗粒充分地转回到椭圆囊内,如此治疗较为彻底,复发率亦较低。本组患者均随访 1 年,复发率仅 6.25%(3/48),表明改良式耳石复位法优于传统方法,但由于随访时间相对较短尚有待进一步观察。本组有 5 例(10.42%)患者经 ≥ 3 次治疗症状才得以改善,其中 4 例为后半规管性眩晕、1 例为水平半规管性眩晕(单侧病变 2 例、双侧 3 例);共 3 例复发,均为后半规管性眩晕,年龄 > 75 岁、病程 > 1 年,其中有颅脑创伤史 1 例、高血压及 2 型糖尿病病史 1 例、脑梗死病史 1 例。据研究显示^[9],患者年龄、病程长短,以及既往有糖尿病或脑卒中病史,对应用改良式耳石复位法康复有一定影响,尤其是高龄患者及伴有慢性疾病与其他多种合并症者治疗效果欠佳。对本组病例观察可见,既往有脑卒中病史的患者较易复发,可能与各种原因直接或间接导致迷路血液循环障碍有关。头部外伤继发良性阵发性位置性眩晕,可能因外伤使椭圆囊斑之耳石脱落聚集在半规管近壶腹处,并可能继发双侧良性阵发性位置性眩晕,有复发和难治倾向^[10]。

采用改良式耳石复位法治疗良性阵发性位置性眩晕操作方法简单,无需特殊医疗设备,具有缓

解症状迅速、治疗费用低和复发率低之特点,适宜在临床推广应用。

参 考 文 献

- [1] Fife TD, Iverson DJ, Lempert T, et al. Practice parameter: therapies for benign paroxysmal positional vertigo (an evidence-based review) report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 2008, 70:2067-2074.
- [2] Editorial Board of Chinese Journal of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, Chinese Otorhinolaryngology Head Surgery Society of Chinese Medical Association. Diagnosis basis and curative effect appraisal of benign paroxysmal positional vertigo. *Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi*, 2007, 42: 163-164. [中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会, 中华医学会耳鼻咽喉科学分会. 良性阵发性位置性眩晕的诊断依据和疗效评估. *中华耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2007, 42:163-164.]
- [3] Zhang SZ. Diagnosis and treating of the vertigo. 2nd ed. Beijing: People's Military Medical Press, 2007: 150-157. [张素珍. 眩晕症的诊断与治疗. 2 版. 北京: 人民军医出版社, 2007: 150-157.]
- [4] Chu XH, Xia HL, Wang BN, et al. Self-treatment on benign paroxysmal positional vertigo. *Zhonghua Shen Jing Ke Za Zhi*, 2006, 39:122-124. [储旭华, 夏怀林, 汪滨农, 等. 良性阵发性位置性眩晕的自我治疗. *中华神经科杂志*, 2006, 39:122-124.]
- [5] Epley JM. New dimensions of benign paroxysmal positional vertigo. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 1980, 88:599-605.
- [6] Yang YZ, Huang JH, Yu HS. Treatment of posterior semicircular canal benign paroxysmal positional vertigo using combined Epley-Semont maneuver. *Zhonghua Er Ke Xue Za Zhi*, 2010, 8:86-89. [杨燕珍, 黄静辉, 余怀生. Epley 加 Semont 联合手法复位治疗后半规管良性阵发性位置性眩晕. *中华耳科学杂志*, 2010, 8:86-89.]
- [7] Yao XX, Tian T, Yang QM, et al. Analysis of canalith repositioning maneuver on 42 patients with benign paroxysmal positional vertigo. *Zhongguo Shi Yong Shen Jing Ji Bing Za Zhi*, 2010, 13:14-16. [姚晓喜, 田涛, 杨期明, 等. 耳石复位法治疗良性阵发性位置性眩晕 42 例临床分析. *中国实用神经疾病杂志*, 2010, 13:14-16.]
- [8] Zhong NC. Re - recognition of benign paroxysmal positional vertigo know again. *Lin Chuang Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi*, 2001, 15:531-533. [钟乃川. 良性阵发性位置性眩晕的再认识. *临床耳鼻咽喉科杂志*, 2001, 15:531-533.]
- [9] Shen S. Manual reduction for the treatment of benign paroxysmal positional vertigo in the elderly. *Zhejiang Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi*, 2010, 20:697-699. [沈双. 手法复位治疗老年人良性阵发性位置性眩晕. *浙江中西医结合杂志*, 2010, 20: 697-699.]
- [10] Guo XD, Ye FL, Li Y, et al. Prognostic factors of benign paroxysmal positional vertigo. *Zhongguo Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke*, 2010, 17:297-299. [郭向东, 叶放蕾, 李莹, 等. 良性阵发性位置性眩晕预后分析. *中国耳鼻咽喉头颈外科*, 2010, 17:297-299.]

(收稿日期:2011-12-15)